

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1910

THÈSE

N° 48

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

GASTON MOUFLET

Né à Noyon (Oise), le 2 octobre 1869
Ancien externe des Hôpitaux

L'OPÉRATION DE R. ROBINSON

DANS LA

CURE RADICALE DES VARICES

Président : M. RECLUS, professeur.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, Rue Racine (vi^e)

1910

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1910

THÈSE

N^o
18

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

GASTON MOUFLET

Né à Noyon (Oise), le 2 octobre 1869
Ancien externe des Hôpitaux

L'OPÉRATION DE R. ROBINSON

DANS LA

CURE RADICALE DES VARICES



Président : M. RECLUS, professeur.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, Rue Racine (vi^e)

1910

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN, M. LANDOUZY

PROFESSEURS

MM.

Anatomie	NICOLAS
Physiologie	CH. RICHEL
Physique médicale	GARIEL
Chimie organique et Chimie générale	GAUTIER
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales	ACHARD
Pathologie médicale	WIDAL
Pathologie chirurgicale	DEJERINE
Anatomie pathologique	LANNELONGUE
Histologie	PIERRE MARIE
Opérations et appareils	PRENANT
Pharmacologie et matière médicale	HARTMANN
Thérapeutique	POUCHET
Hygiène	MARAN
Médecine légale	CHANTEMESSE
Histoire de la médecine et de la chirurgie	THOINOT
Pathologie expérimentale et comparée	CHAUFFARD
Clinique médicale	ROGER
	HAYEM
	GILBERT
	DEBOVE
	LANDOUZY
	HUTINEL
Maladies des enfants	
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	GILBERT BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	
Clinique chirurgicale	DELBET
	QUENU
	RECLUS
	SEGOND
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN
Clinique d'accouchements	BAR
	PINARD
	RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	ALBERT ROBIN

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

BALTHAZARD	DESGREZ	LENORMANT	RATHERY
BERNARD	DUVAL (P.)	LEQUEUX	REITTERER
BRANCA	GOUGEROT	LOEPER	RICHAUD
BRINDEAU	GREGOIRE	MACAIGNE	ROUSSY
BROCA (A.)	GUENIOT	MAILLARD	ROUVIERRE
BRUMPT	GUILLAIN	MORESTIN	SCHWARTZ
CAMUS	JEANNIN	MULON	SICARD
CARNOT	JOUSSET (A.)	NICLOUX	TERRIEN
CASTAIGNE	LABBE (M.)	NOBECOURT	TIFFENEAU
CHEVASSU	LANGLOIS	OKINCZYC	ZIMMERN
CLAUDE	LAIGNEL-LAVASTINE	OMBREDANNE	
COUVELAIRE	LECENE	PROUST	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR RECLUS

**Membre de l'Académie de Médecine
Chevalier de la Légion d'honneur**

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

MONSIEUR LE DOCTEUR MOSNY

Membre de l'Académie de Médecine

Chevalier de la Légion d'honneur

MONSIEUR LE DOCTEUR BRAULT

Médecin des Hôpitaux

MONSIEUR LE DOCTEUR ROUTIER

Chirurgien des Hôpitaux

MONSIEUR LE DOCTEUR BOISSARD

Accoucheur des Hôpitaux

Externat

MONSIEUR LE DOCTEUR QUEYRAT

Médecin des Hôpitaux

MONSIEUR LE DOCTEUR LABBÉ

Chirurgien des Hôpitaux

M. LE DOCTEUR MOUTARD-MARTIN

Médecin des Hôpitaux

MONSIEUR LE DOCTEUR GUINARD

Chirurgien des Hôpitaux

MONSIEUR LE DOCTEUR ROCHARD

Chirurgien des Hôpitaux

AVANT-PROPOS

Avant d'aborder notre sujet nous avons un devoir à remplir. Nous tenons à remercier nos maîtres et à leur témoigner notre reconnaissance.

Nous remercions : M. le professeur Reclus pour le grand honneur qu'il nous a fait en voulant bien présider notre thèse ;

M. Kendirdjy, chef de clinique de M. le professeur Reclus, qui a bien voulu nous communiquer le résultat de ses interventions ;

M. Mauclaire, professeur agrégé, pour l'accueil aimable qu'il a fait à nos demandes de renseignements ;

M. le Dr Robinson, professeur à l'Université de Constantinople, que nous avons trouvé en toutes circonstances prêt à nous renseigner ;

Notre ami M. Jacoulet, interne, qui nous a suggéré l'idée de cette thèse et avec qui nous avons pratiqué l'opération ;

M. Couanet, interne à l'hôpital Pasteur du Havre, pour les observations communiquées ;

M. Berthier, interne à Saint-Louis pour les renseignements donnés.

L'opération de R. Robinson

DANS

LA CURE RADICALE DES VARICES

Le traitement des varices est une question actuellement à l'ordre du jour, puisqu'elle a été l'objet de deux rapports au dernier Congrès de chirurgie. L'un est de M. le professeur Jeannelle de Toulouse, l'autre de M. Mauclore, professeur agrégé de la Faculté de Paris.

Au cours de nos dernières années d'externat, nous avons été séduit par la simplicité, les résultats immédiats et le respect de l'esthétique, d'une intervention opératoire dont l'idée revient à M. R. Robinson, professeur à l'Université de Constantinople.

Cette opération, ainsi que nous le verrons plus loin, consiste en la résection entre deux ligatures des veines affluentes de la crosse de la saphène interne.

Elle a été pratiquée pour la première fois à l'Hôtel-Dieu, sur les indications de M. Robinson, dans le service du Dr Guinard par notre ami M. Jacoulet, interne, qui nous a suggéré l'idée du présent travail, puis successivement :

A l'hôpital Pasteur du Havre par M. Couanet, interne de cet établissement;

A l'hôpital de la Charité par M. Mauclaire, professeur agrégé à la Faculté ;

A l'hôpital Saint-Louis dans le service de M. Beurrier par M. Berthier, interne.

Enfin M. Kendirdjy, chef de clinique de M. le professeur Reclus, a montré, avec huit observations à l'appui, le bénéfice qu'on pouvait tirer de cette intervention. Celle-ci améliore non seulement les varices (nous verrons lesquelles plus loin) mais une de leurs complications, l'ulcère, et l'on sait la fréquence de cette dernière affection. Il est du reste logique que l'ulcère, conséquence médiate des varices, soit amélioré par la guérison de celles-ci. Remarque importante, car si les variqueux sont nombreux, beaucoup supportent cette infirmité (comme dit Verneuil) toute leur vie. Au contraire les variqueux ulcérés guérissent rarement. Et combien est juste cette citation de Boyer :

« De tous les maux qui désolent l'humanité l'ulcère variqueux est sans contredit l'un des plus fréquents et aussi l'un des plus fâcheux parce qu'il atteint, principalement, la classe inférieure de la société. Nous avons confondu ces deux affections parce que dans les observations que nous apportons elles ont toutes deux leur part de guérison.

Les observations à longue échéance sont encore peu nombreuses. Une de six mois de M. Jacoulet, une de quatre mois, une de trois mois de M. Kendirdjy

et une de trois mois et demi de M. Mauclaire. Mais nous verrons que malgré tout elles permettent de tirer des conclusions fermes.

Pour la compréhension du sujet nous diviserons notre travail en :

1° Un exposé succinct d'anatomie de la crosse de la saphène interne qui nous aidera à comprendre le mécanisme ;

2° Le mécanisme de la formation des varices ;

3° La technique opératoire et ses indications ;

4° Observations ;

5° Résultats opératoires ;

6° Conclusions.

ANATOMIE DE LA CROSSE DE LA SAPHÈNE INTERNE

La veine saphène interne après avoir suivi le bord interne du membre inférieur croise au tiers moyen de la cuisse le muscle couturier et arrive sur l'aponévrose du triangle de Scarpa qui la sépare du moyen adducteur. Superficielle dans presque toute son étendue elle va gagner la profondeur en décrivant une crosse à concavité inféro-postéro-externe et se terminer dans la veine fémorale au niveau du bord antéro-interne de celle-ci. Au moment où elle perfore le fascia cribri formis elle tasse sous sa concavité cette aponévrose perforée en formant le ligament de Hal-lans Burns. Cet anneau à concavité supéro-interne est terminé par une corne supérieure gagnant le ligament de Gimbernath et une corne inférieure allant mourir sur l'aponévrose de recouvrement du deuxième adducteur.

Dans sa partie supéro-interne cette ouverture (fosse ovale des anciens auteurs) est limitée au contraire par un bord mousse peu épais.

On voit en outre dans cette région couchée sur l'aponévrose cribri formis de nombreux ganglions

lymphatiques que le professeur Quénu divise en quatre groupes: deux supérieurs et deux inférieurs, avec en plus un groupe central et parfois un petit ganglion sous la crosse.

Si nous parlons un peu longuement de ces ganglions c'est qu'il s'en trouve généralement un plus volumineux que les autres qui pourra nous servir de point de repère dans la technique opératoire. Il est situé légèrement en dehors de la veine.

La terminaison de la saphène interne dans la veine fémorale est variable. En général l'embouchure se trouve à 4 centimètres de l'arcade crurale, plus grossièrement à deux travers de doigt au-dessous de celle-ci.

Ainsi que nous le verrons dans un instant il faudra tenir compte de cette notion. Le calibre de la saphène chez les variqueux est aussi très variable. Tantôt elle est dilatée dans toute son étendue, tantôt il existe une dilatation ampullaire au niveau de la crosse, très nettement différenciée.

Arrivons maintenant à ce qui nous intéresse le plus, c'est-à-dire la description des veines affluentes de la crosse de la saphène interne. Ainsi que nous le verrons plus loin, c'est sur leur connaissance parfaite que repose l'intervention.

Les veines affluentes de la crosse forment dans le triangle de Scarpa une étoile dont les branches peuvent être unies par des cercles veineux.

Ce sont :

A) Les veines antérieures de la cuisse réunies pour

former la saphène antérieure. Les veines postérieures forment souvent un tronc unique et que l'on connaît sous le nom de saphène accessoire de Cruveilhier ;

B) Les veines honteuses externes superficielles et profondes provenant des veines scrotales ou labiales ;

C) La veine dorsale superficielle de la verge ou du clitoris ;

D) Les veines tégumentuses abdominales ou épigastriques superficielles, satellites simples ou doubles de l'artère du même nom et dont plusieurs accessoires rayonnent de ce tronc principal. Généralement il y a une tégumentuse externe et une interne de chaque côté du tronc principal ;

E) Enfin la veine circonflexe iliaque superficielle.

Ce réseau n'est pas toujours aussi schématique. Les veines tégumentuses abdominales sont variables comme nombre et comme terminaison. Souvent elles se réunissent en un tronc unique. D'après les observations que nous avons recueillies on trouve généralement quatre pédicules : l'un antérieur, l'autre externe très volumineux, deux internes ; les veines honteuses et la saphène accessoire.

Chez les variqueux l'aspect de ces veines est tout à fait anormal. Elles sont généralement augmentées de volume, l'une d'elles surtout, celle qui est externe par rapport à la crosse. M. Kendirdjy l'a noté dans plusieurs de ses observations et nous avons vérifié le fait. Dans l'Observation II (p. 48) elle atteignait facilement le volume d'une radiale. De plus la tunique

de ces vaisseaux était très blanche, semblait scléreuse et l'on avait l'impression que l'on se trouvait en présence d'une artériole. D'autre part si l'on sectionnait le vaisseau on voyait le sang jaillir avec force en même temps que la veine restait béante et laissait voir une paroi considérablement épaissie. Comme on le verra plus loin ces faits concordent avec ce qu'avance le professeur Robinson.

Valvules. — Ajoutons qu'il existe dans la saphène une vingtaine de valvules. Les unes sont formées par les replis de la paroi d'où leur nom de pariétales, et d'autres siégeant à l'orifice de certaines collatérales d'où leur nom de valvules ostiales. Les premières ont la forme de nids de pigeon dont la concavité regarde la direction du cours du sang. Il résulte de cette disposition que lorsque ce dernier rebrousse chemin ces valvules se ferment. Cela explique en même temps le reflux du sang dans les veines profondes.

Les secondes présentent la forme de diaphragmes susceptibles au besoin d'oblitérer l'orifice du canal. Celle qui se trouve à l'orifice d'abouchement de la saphène dans la fémorale présente une résistance particulièrement remarquable. Elle irait jusqu'à supporter une pression de 20 centimètres de mercure. En outre ces organes ne sont pas disposés sans ordre mais à égale distance l'un de l'autre.

PHYSIOLOGIE

Le contenant nous étant connu, voyons ce que devient le contenu, le sang. Il va naturellement obéir aux lois générales de la physiologie et retourner au cœur droit. Les causes qui vont favoriser cet acheminement sont fondamentales ou accessoires :

1° Fondamentales comme la vis à tergo, c'est-à-dire le contre-coup de la pression artérielle qui après avoir été en s'affaiblissant jusqu'aux capillaires possède encore une légère pression (4 mm. environ) au point de départ des veines ;

2° Quant aux causes accessoires nous en trouverons qui sont dues, soit à l'aspiration cardiaque (puisque le cœur est une pompe aspirante et foulante), soit à l'inspiration pulmonaire. En effet les poumons ne sont pas à l'état statique puisque même pendant l'expiration ils s'affaissent à l'ouverture du thorax. A plus forte raison produiront-ils une aspiration du sang vers le cœur lorsqu'ils seront en inspiration.

Les causes extrathoraciques sont peut-être plus importantes aux membres inférieurs qu'aux membres supérieurs, car la structure des veines dont la tunique

moyenne est ici riche en fibres élastiques sera nécessairement très rétractile. Comme, d'autre part, les valvules empêchent le retour en arrière du sang, chaque distension veineuse sera suivie d'une rétraction qui amènera une progression.

Les artères qui favorisent, par leurs battements, la progression du sang dans les veines satellites, font ici défaut, par conséquent c'est une force de moins.

Mais en retour la contraction musculaire occasionnée par la marche produit chaque fois que l'on fait un pas l'équivalent d'un coup de pompe. Ceci a fait dire à Le Dentu : « Le pied est comme une sorte de cœur situé à l'extrémité inférieure des membres abdominaux, aux confins du système veineux et du système artériel. Ceci expliquerait pourquoi les marcheurs seraient fort peu sujets aux varices. »

D'autres causes au contraire retarderaient la progression du sang vers le cœur.

Ces causes retardatrices sont :

1° L'éloignement du cœur, ce qui aurait pour conséquence la diminution de la pression dans les capillaires et partant diminuerait la vis à tergo ;

2° La pesanteur surtout dans la station debout ;

3° Les oscillations du membre qui centrifugent en quelque sorte le sang aux extrémités ;

4° La contraction des muscles qui, en comprimant les branches anastomotiques, s'oppose au passage du sang des veines superficielles vers les veines profondes ;

5° Le nombre considérable des veines par rapport à celui des artères.

Voici tous les éléments qui nous aideront à comprendre le mécanisme.

MÉCANISME DE LA FORMATION DES VARICES

Si maintenant une altération de la paroi veineuse survient, soit à la suite d'une intoxication quelconque, soit d'une dystrophie, peu importe, notre veine va se distendre ou tout au moins sera apte à le faire. Qu'une cause mécanique intervienne pour forcer les valvules et voilà l'insuffisance de celles-ci établie. A partir de ce moment ce n'est plus qu'une question de temps. Notre veine n'est plus une suite de segments mais un tube à parois affaiblies qui supportent le poids de la colonne sanguine, laquelle pèse de toute sa hauteur sur le membre inférieur.

C'est en un mot un vrai manomètre.

Alors cette pression exagérée amène facilement cette distension des parois veineuses qu'on appelle varices. L'insuffisance de la saphène est incontestable, mais les modifications de pression dans son domaine sont-ils bien sous la dépendance exclusive de troncs veineux situés au-dessus de l'embouchure de la saphène.

Le professeur Robinson pense que non et nous ne pouvons mieux faire que de reproduire la note

qu'il fit présenter à l'Académie des Sciences le 23 mai dernier par M. Labbé.

COMPTES RENDUS DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES
DU 23 MAI 1910 (p. I. 352)

Anatomie chirurgicale. — Résection des veines affluentes de la crosse de la veine saphène interne. — Note de M. le professeur Robinson présentée par M. Labbé.

En m'appuyant sur mes expériences d'injections veineuses chez le cadavre et sur trois cas de chirurgie expérimentale chez l'homme vivant variqueux, je suis arrivé aux résultats suivants dont l'importance n'échappera pas, je l'espère, à l'attention de l'Académie.

La circulation veineuse des membres inférieurs est agencée, par la vis à tergo, par la contraction des muscles environnants, par la disposition des valvules, etc. Ces différents agents ne sont pas toujours à même d'assurer la circulation; la preuve en est que la station debout prolongée rend pénible le mouvement du sang dans les veines et donne naissance aux varices, ainsi que l'on voit souvent dans certaines professions. Tout cela est connu depuis longtemps et Poiseuille a établi ici même il y a quatre-vingts ans les lois générales de la circulation veineuse dans un mémoire couronné par l'Institut, mais aucun auteur à ma connaissance n'a insisté suffisamment sur un fait qui me préoccupe dans cette note. La circulation dans la saphène est favorisée par les facteurs connus et énumérés ci-dessus.

Elle est au contraire empêchée par les veines affluentes qui viennent se jeter sur la crosse de cette veine. Elles sont nombreuses ces dernières, de 4 à 8 et sont constituées par les veines superficielles de la paroi abdominale et celles des enveloppes des organes génitaux externes. Leurs valvules sont disposées en sens contraire de celles de la saphène et l'on comprend aisément pour quelle raison.

En établissant une circulation artificielle j'ai observé que selon la distension ou la rétraction de la paroi abdominale la pression dans les veines pouvait varier entre 4 et 16 millimètres de mercure et le liquide injecté jaillissait comme d'une artère.

Dans les opérations chez l'homme vivant j'ai constaté le même phénomène, ce qui m'a amené à formuler la théorie suivante : le sang n'ayant dans la saphène qu'une pression variant entre 3 et 4 et au contraire une pression variable de 4 à 16 millimètres dans ses affluentes ne pourra circuler que grâce à la parfaite suffisance des valvules ; dès que celles-ci deviennent insuffisantes la circulation ne pourra plus s'effectuer physiologiquement. En me basant sur cette théorie j'ai prié M. Kendirdjy, chef de clinique, et M. Jacoulet, interne à l'Hôtel-Dieu, d'exécuter chez les grands variqueux la simple opération suivante : mise à nu de la crosse de la saphène, séparation de toutes ses affluentes, section de ces dernières entre deux fils, fermeture de la plaie. Anesthésie locale. Trois malades gravement atteints et dont l'un était déjà opéré par un procédé classique mais sans succès virent leurs grosses veines variqueuses s'affaïsser et même disparaître complètement malgré la station debout prolongée permise au bout d'une semaine.

Quand on pense qu'une grande infirmité, telles les varices, peut céder à une intervention si simple, il paraît légitime d'attendre de la part des chirurgiens l'extension de ce procédé qui est basé sur les notions exactes de l'anatomie et de l'expérimentation.

Comme on l'a vu le professeur Robinson ajoute au poids de la colonne sanguine d'origine centrale, celui d'une deuxième colonne, qui est, si l'on veut, d'origine externe, puisqu'elle provient en grande partie de la paroi abdominale. Nous verrons du reste plus loin que c'est le tronc externe le plus développé (V. obs.) qui paraît jouer le premier rôle. M. Kendirdjy lui assigne un calibre de 5 millimètres. C'est précisément de ce vaisseau que nous avons vu au cours d'une opération jaillir le sang comme d'une artère ; mais les impulsions coïncidaient non pas aux systoles cardiaques mais avec les mouvements inspiratoires. C'est assez dire qu'ils étaient dus à la compression abdominale produite par l'abaissement du diaphragme. Ici encore nous trouvons une vérification capitale qui vient s'ajouter aux expériences du professeur Robinson pour confirmer sa théorie et expliquer cette différence de 4 à 16 millimètres (1).

1. Comme nous le verrons dans la technique opératoire M. Robinson ajoute à cela l'incision de l'anneau de Hallan Burns, celui-ci constituant une disposition anatomique défavorable pour la circulation de retour.

Qu'on nous permette d'insister ici sur cette variation et pour nous expliquer, ayons recours à une comparaison hydraulique que connaissent très bien les architectes et surtout les plombiers qui installent les conduites d'eau.

Quand, à un étage d'un immeuble, on ouvre un robinet à eau que se passe-t-il ? On diminue et parfois mieux on supprime la pression à l'étage du dessus. Quand on ferme le robinet, cette pression se rétablit brusquement et produit en même temps qu'un choc un bruit que les gens du métier appellent : coup de béliet. Pour remédier à ce choc qui n'est pas seulement bruyant, mais encore détériorant, ils placent au sommet de la colonne d'eau un vase d'expansion fermé, généralement de forme sphérique. Celui-ci en répartissant les forces sur une plus grande surface amoindrit considérablement le choc. Revenons à nos veines abdominales. N'est-ce pas un choc analogue qui produit cette élévation de 4 à 16 millimètres. N'y a-t-il pas là aussi un coup de béliet qui va marteler en quelque sorte les parois de notre saphène.

Jusqu'ici trois ordres de faits le prouvent :

- 1° Ce jet artériel à rythme inspiratoire ;
- 2° L'affaissement de la crosse après la ligature et les résultats opératoires qui suivent ;
- 3° D'autre part une vérification expérimentale a été réalisée par M. Kendirdjy.

Au cours d'une opération pratiquée par anesthésie locale il fit pousser le malade et constata l'existence

d'un reflux sanguin considérable dans l'ampoule terminale de la saphène. Après l'opération, il fit à nouveau pousser le malade et constater la disparition de cette ampoule. M. le professeur Delbet ne tient nullement compte de ce dernier facteur, cette pression des veines de la paroi abdominale et il ne lutte du reste que contre la pression interne.

Voici du reste un extrait du *Journal des Praticiens* du 17 septembre dernier relatif à ce sujet :

HOPITAL NECKER, M. LE PROFESSEUR PIERRE DELBET

Varices volumineuses du membre inférieur

Un homme d'une quarantaine d'années entre à l'hôpital pour grosses varices, beaucoup plus développées à la cuisse qu'à la jambe ; elles occupent exclusivement le territoire de la saphène interne et doivent, par conséquent, être rangées dans la catégorie que M. Delbet désigne sous le nom de varices régulières.

Appliquer à toutes les ectasies veineuses du membre inférieur la seule et même dénomination de varices, c'est employer une terminologie trop simpliste ; l'étiologie et les caractères cliniques des dilatations veineuses peuvent en effet être très différentes. Il est évident, par exemple, que les varices de la grossesse constituent un type particulier ; apparaissant et disparaissant avec l'état de gravité, elles occupent assez souvent un territoire spécial, respectant le domaine de la saphène interne pour se localiser à celui de l'ischiatique.

De même, les petites dilatations veineuses qui occupent non seulement le tissu cellulaire sous-cutané, mais encore l'épaisseur du derme où elles sont visibles sous forme de petites traînées rosées, blanchâtres ou bleuâtres; ces petites dilatations connues sous le nom de varicosités ne ressemblent en rien aux grosses varices proprement dites.

Les varices survenues à la suite de maladies infectieuses générales (variole, rougeole, etc.) forment un troisième groupe tout spécial, qui doit sa physionomie propre aux phénomènes inflammatoires du début, à la phlébite qui a précédé la dilatation veineuse.

Enfin, les varices dont souffre le malade qui vient d'entrer à l'hôpital présentent des caractères qui ne permettent de les ranger dans aucun des groupes précédents et doivent être rattachées à une quatrième variété, la plus banale peut-être. Limitées au territoire de la saphène interne, elles ont débuté insidieusement, sans intervention de phénomènes inflammatoires quelconques. Ce fait a une grosse importance au point de vue pathogénique et au point de vue thérapeutique.

M. Delbet a démontré que de pareilles varices relèvent d'une insuffisance valvulaire de la saphène; cette insuffisance valvulaire est le phénomène primitif; elle engendre l'ectasie en permettant à toutes les modifications du système veineux thoracique et abdominal de se transmettre directement au système veineux du membre inférieur.

Sur un « fort de la Halle » atteint de varices, M. Delbet a pu prendre la pression manométrique dans le bout central de la veine saphène; au moment où le malade faisait des efforts, cette pression atteignait 27 centimètres, soit le

double de celle qu'on observe normalement au niveau de l'artère radiale. Or, la pression eût été nulle si les valvules de la saphène avaient été suffisantes.

Sous l'influence de ces pressions formidables, des modifications plus ou moins rapides se produisent dans le calibre des veines et dans la structure de leurs parois. Pour lutter contre l'obstacle la paroi musculaire augmente d'épaisseur; mais malgré cette hypertrophie, elle ne tarde pas à se fatiguer et la veine cède en se dilatant. C'est pour ce motif que les varices sont plus volumineuses à la fin de la journée que le matin.

Dans le cas présent, les varices sont surtout accentuées à la cuisse : ce fait est plutôt rare, l'ectasie veineuse débutant habituellement par le bas de la jambe pour gagner progressivement les régions plus élevées. Le poids de la colonne sanguine supporté par une saphène à valvules insuffisantes, poids d'autant plus lourd qu'on est plus près de l'extrémité du membre, explique cette localisation initiale au niveau des régions inférieures.

Le malade présente un gros paquet variqueux à la face interne du genou; le développement de ces paquets variqueux ne se fait pas au hasard. Lorsque la valvule ostiale d'une saphène étant insuffisante, il existe au niveau de la coudure de la veine des valvules encore suffisantes, la terminaison du vaisseau est le siège d'une dilatation ampullaire localisée que l'on a maintes fois confondue avec une hernie crurale.

Ici les varices paraissent n'exister qu'à la cuisse; la dilatation veineuse cesse assez brusquement un peu au-dessous de l'interligne articulaire du genou.

Il est permis de considérer comme certaine l'existence en ce point d'une valvule encore suffisante, ou qui du moins s'est laissée forcer beaucoup plus tard que les valvules plus haut situées.

Divers procédés d'exploration permettent de mettre en évidence l'insuffisance valvulaire de la saphène. Quand les valvules ostiales sont forcées il est facile de provoquer le phénomène de l'impulsion : en commandant au malade de tousser fortement, on voit ou on sent, au moment de l'effort, les parois veineuses se distendre.

Un second procédé consiste, le malade étant étendu sur un plan horizontal, à soulever sa jambe en lui recommandant de ne faire aucun effort et de laisser ses muscles dans un complet état de relâchement : sous l'influence de cette position du membre seule ou aidée d'une douce pression de bas en haut, les paquets variqueux s'affaissent peu à peu et finissent par disparaître complètement si les parois veineuses ne sont pas trop fortement épaissies. On applique alors à la racine de la cuisse un lien circulaire élastique, modérément serré, et l'on dit au malade de se mettre debout. Le lien remplace les valvules ostiales de la saphène, et l'augmentation du volume du vaisseau est insignifiante. Mais si l'on desserre brusquement ce lien et si l'on provoque au même moment un effort de toux, on voit instantanément la veine se remplir et les paquets variqueux redevenir turgescents, comme si le malade les injectait d'une seule poussée.

Dans le cas actuel, les varices ont débuté à l'âge de vingt ans ; cette précocité du début est beaucoup plus fréquente qu'on ne le croit quand il s'agit d'ectasies veineuses par insuffisance valvulaire. Plusieurs observations éta-

blissent très nettement que les varices relevant de cette pathogénie peuvent se développer brusquement ; elles s'installèrent très rapidement, à la suite d'une chute sur les pieds, chez un malade de M. Delbet.

Le mécanisme de ces dilatations brusques est analogue à celui des hernies dites de force ; le plus souvent cependant, il y a progression lente des altérations veineuses, comme il y a progression lente des lésions dans les hernies dites de faiblesse.

Les varices relevant uniquement de l'insuffisance valvulaire sont souvent inaltérables. C'est cette constatation qui a conduit M. Delbet à rejeter la théorie pathogénique anciennement admise, laquelle accordait une influence prépondérante aux troubles généraux de la nutrition, en particulier à l'arthritisme.

Quand on se trouve en présence de varices volumineuses dues à l'insuffisance valvulaire, trois procédés différents peuvent être mis en œuvre au point de vue thérapeutique.

La ligature de la saphène au niveau de la crosse a pour but de remplacer les valvules ostiales forcées et d'empêcher les brusques modifications de pression dans le vaisseau.

L'expérience a montré que la ligature simple n'empêche pas la saphène de redevenir perméable et que l'opération, pour être définitive, nécessite la résection d'un court segment veineux compris entre deux ligatures.

Mais on supprime ainsi la circulation de retour par les voies normales et les anastomoses, sur lesquelles on compte pour la rétablir, n'existent guère à la jambe ; il en résulte qu'un long segment reste dépourvu de voies collatérales,

que le sang a tendance à y stagner, et qu'après l'intervention les malades souffrent tout autant qu'avant.

La résection de la saphène dans toute son étendue depuis la partie inférieure de la jambe jusqu'à l'embouchure dans la fémorale, est formellement indiquée toutes les fois qu'il y a eu phlébite, si légère soit-elle, des réseaux variqueux. Mais ici encore les résultats sont loin d'être toujours parfaits : un malade opéré par ce procédé dans le service, il y a trois semaines, vient de rentrer à l'hôpital parce qu'il souffre et qu'il a un œdème marqué du pied.

M. Delbet a cherché à pratiquer une opération plus efficace, consistant dans une anastomose entre la saphène et la veine fémorale. La veine fémorale possède, au niveau de l'embouchure de la fémorale profonde, des valvules suffisantes. D'autres valvules existent à la partie moyenne de la cuisse et au niveau du canal de Hunter. En pratiquant l'anastomose veino-veineuse au-dessous d'un de ces groupes valvulaires on remplace les valvules ostiales déficientes de la saphène par les valvules suffisantes de la fémorale. M. Delbet a effectué 24 fois cette opération sans le moindre accident ; il a présenté récemment un malade dont les varices avaient totalement disparu à la suite de l'anastomose.

Nous relevons cette phrase à peu près à la moitié de l'article : « Lorsque la valvule ostiale d'une saphène étant insuffisante il existe au niveau de la confluence de la veine des valvules encore suffisantes, la terminaison du vaisseau est le siège d'une dilatation ampullaire localisée que l'on a confondue avec une hernie crurale. »

Etant donné ce que nous avons vu, c'est-à-dire :

1° L'affaissement de cette dilatation (précisément située à l'embouchure de nos veines affluentes dans la crosse) après la section des affluentes entre deux ligatures ;

2° Ce jet artériel à rythme inspiratoire ;

3° Cette augmentation de l'ampoule sous l'influence de l'effort.

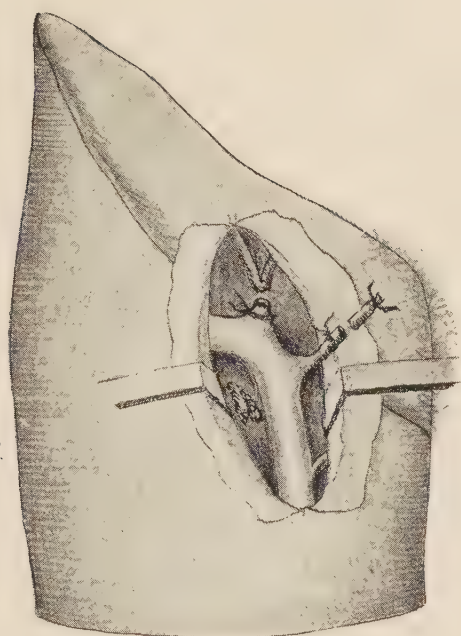
Nous pensons que la pression des veines internes ne doit pas être seule mise en cause, que précisément les valvules deviendraient insuffisantes de haut en bas sous l'influence de ces coups de béliet (dont nous avons parlé dans le mécanisme de la formation des varices) et que les varices se formeraient alors de bas en haut, parce que la pression atteindrait son maximum dans la partie basse du membre.

Quant à la partie thérapeutique elle ne nous paraît pas à la portée de tous. D'autre part cette phrase concluante : « M. Delbet a effectué 24 fois cette opération sans le moindre accident » laisse percevoir qu'il y a des chances d'accidents.

Vraiment nous croyons que l'on ne doit pas s'exposer à celles-ci pour une infirmité comme les varices.

TECHNIQUE OPÉRATOIRE

Maintenant que nous connaissons l'anatomie de la région, cette technique va être des plus simples et nous ne pouvons mieux faire que de reproduire



celle qu'en a donnée M. Kendirdjy, chef de clinique de M. le professeur Reclus :

« Celle-ci, dit-il, peut et doit se faire par l'anesthésie locale » et il accorde la préférence à la novocaïne adrénaline et grâce à ce dernier produit on obtient une certaine ischémie de la région, ce qui est encore un facteur important, car il favorisera singulièrement la découverte de la région. Ajoutons que M. Kendirdjy ne voit pas une contre-indication dans l'obésité du malade. Ceci dit on fait :

1° Une injection traçante sur le trajet de la future incision, laquelle sera, non pas verticale, mais légèrement oblique en bas et en dedans. Elle empiètera en haut sur l'arcade crurale en commençant à l'union du tiers moyen avec le tiers interne pour s'arrêter en bas dès qu'elle aura atteint 8 centimètres environ. Après anesthésie de la peau on procédera à celle du tissu cellulaire sous-cutané en déversant dans celui-ci un peu dans tous les sens quelques seringues de novocaïne à 0 gr. 50 0/0 ;

2° On badigeonnera alors ce tracé à la teinture d'iode et celle-ci aura non pas seulement ses avantages antiseptiques, mais elle aura encore celui de mettre en évidence le futur tracé, en colorant en noir les orifices qu'a faits l'aiguille lors des injections anesthésiantes. De cette façon la ligne d'incision se trouvera nettement tracée par un pointillé noir. Pendant ce temps l'anesthésie qui nécessite quelques minutes a eu le temps de se faire ;

3° Enfin on incise la peau et la partie superficielle

du tissu cellulaire. On injecte à nouveau quelques seringues de novocaïne dans le tissu cellulaire. Ici un point délicat : éviter la blessure de la saphène. Pour cela M. Kendirdjy recommande de tenir l'aiguille couchée parallèlement à cette veine, la pointe le plus près possible de la surface. On verra alors une bulle transparente de solution de novocaïne (analogue à la boule d'œdème de Ranvier) à chaque nouvelle poussée de la seringue, ce qui indiquera qu'on est bien dans le tissu cellulaire et non dans la veine.

Pour la découverte de la crosse l'auteur ci-dessus donne comme points de repère soit :

1^o Le plus gros ganglion lymphatique de la région qui se trouve légèrement en dehors de la veine ;

2. La traînée bleu ardoisé que laisse voir la saphène.

Dans le premier cas c'est donc sur le bord interne de ce gros ganglion qu'il faut chercher. Dans le cas où celui-ci trop petit ne se distinguerait pas des autres, on chercherait dans la partie basse de l'incision le deuxième repère, c'est-à-dire la ligne bleu ardoisé. Celle-ci découverte on suivra la veine jusqu'à son embouchure sise à la face interne de la fémorale.

Dans le cas où cette saphène serait croisée par des veinules on sectionnera celles-ci entre deux ligatures, technique que nous conserverons pendant toute cette opération.

Alors commence réellement l'opération qui consiste à isoler la crosse de la saphène de toutes ses veines

affluentes. Elles ont cette disposition en étoile déjà signalée plus haut dans l'aperçu anatomique. Pour ce qui est des superficielles la chose est des plus faciles. La découverte des honteuses profondes présente un peu plus de difficulté ; comme ce temps est un peu douloureux (puisque'il faut aller plus profondément), M. Kindirjy instruit par l'expérience recommande une nouvelle injection profonde de novocaïne.

On charge alors chacune de ces veines sur une aiguille mousse, on lie, on sectionne entre deux ligatures.

Il y aura naturellement autant de ligatures que de troncs veineux et nous avons vu plus haut que le nombre de ceux-ci était variable. On complètera en débarrassant la région du tissu cellulo-adipeux et de ses ganglions lymphatiques. En outre on incisera le rebord du repli d'Hallan Burns, cela afin de supprimer tout obstacle à la circulation normale de la saphène. On fait alors un surjet au catgut sur le tissu cellulaire pour éviter l'espace mort. Puis on suture la peau et on panse comme de coutume après badigeonnage à la teinture d'iode.

INDICATIONS

Nous venons de voir la pathogénie des varices que l'on pourrait qualifier d'essentiellles ; bien que ce mot soit aujourd'hui démodé, surtout depuis les

travaux de M. le professeur Quénu, nous le conserverons en attendant mieux.

C'est à cette variété et à elle seule que doit s'appliquer le procédé Robinson. Nous trouverons plus loin un cas où faute d'avoir pris la précaution de diagnostiquer l'origine (qui était phlébitique) le succès n'a pas été complet.

Nous devons donc exclure :

1° Les varices symptomatiques telles que celles de la grossesse ou encore celles provenant de la compression par une tumeur bénigne (fibrome, kyste, etc.) ou maligne (cancer, etc.). Ici l'ablation chirurgicale ou la disparition physiologique ramèneront les choses à l'état normal ;

2° Celles qui sont d'origine infectieuse (phlébite) seront dans le même cas, et ici il est certain que le procédé de choix sera l'extirpation selon la méthode Alglave. Cela se conçoit puisque c'est dans la veine que se trouve la cause du mal. Bref c'est aux varices développées par le mécanisme Trendelenburg, complété par celui de Robinson, que s'adresse le procédé en question.

Sous ce rapport nous sommes complètement de l'avis de M. le professeur Delbet.

OBSERVATIONS

Nous reproduisons en tête de ce chapitre un article du journal anglais *The Lancet*. Comme on le voit l'erreur du chirurgien avait amélioré les varices du malade, sans que l'opérateur en comprit le mécanisme. Il y a là une analogie avec la célèbre erreur de Spencer Wels, faisant une laparotomie et guérissant la péritonite tuberculeuse. Ceci prouve une fois de plus que l'on peut tirer un enseignement même d'une erreur.

(*The Lancet*, 1848 et *Gazette médicale de Paris*, p. 33.)
*Sur l'incision du fascialata comme remède pour les varices
de la veine saphène par M. Hérath*

M. A..., âgé de vingt-quatre ans, consulta M. Hérath le 19 avril 1848 pour des varices de la jambe et de la crosse gauche. Huit ans auparavant il avait eu de ce même côté une hernie inguinale pour laquelle il porta un bandage pendant quatre ans seulement.

Depuis cinq ans, il a commencé à avoir des varices dont le volume incessamment progressif lui donne des douleurs

exaspérées encore par l'obligation où il est de se tenir debout une partie de la journée. Le soir surtout, ces douleurs augmentent au point qu'il se figure que les veines vont crever.

La dilatation morbide est circonscrite à la saphène interne et à ses branches. Une tumeur, du volume d'une noix, occupe la partie interne du condyle interne du fémur. Les parois des veines et la peau superposée sont extrêmement minces en ce lieu. Au niveau de la crosse et jusqu'à l'embouchure de la saphène, cette veine forme un cordon dilaté de la forme d'un tube très volumineux. Les branches iliaques et honteuses participent aussi à ce développement.

Après avoir vu que l'action d'un purgatif, en évacuant le côlon, n'amenait aucune amélioration dans la dilatation veineuse, M. Hérapiath expliqua à son malade le plan de l'opération qu'il se proposait d'exécuter. Il obtint son consentement et y procéda en conséquence le 27 avril, de la manière suivante :

Il l'endormit d'abord au moyen de d'éther, puis dans un pli fait à la peau, il pratiqua une incision de trois pouces de longueur, oblique de bas en haut et de dehors en dedans, immédiatement au niveau du point où se terminait en haut la dilatation veineuse. Le fascia superficialis y était remarquablement mince.

Il le disséqua soigneusement de son insertion au bord falciforme du fascia lata; puis il déprima la veine avec le doigt indicateur de la main gauche et alors il passa avec précaution un bistouri pointé directement en haut, immédiatement au-dessous de la couche iliaque du fascia et il divisa le bord embrassant de l'ouverture qui reçoit la saphène,

dans l'étendue d'un demi-pouce. A ce moment le malade ayant donné à l'opérateur un coup subit, la pointe du bistouri alla piquer une des branches abdominales de la saphène, probablement l'épigastrique superficielle, et il survint une hémorragie abondante, qui fut cependant suspendue aisément au moyen de la compression faite à l'aide d'une éponge soutenue par le doigt.

Aussitôt l'incision terminée la veine revint à son volume primitif. L'incision fut fermée par deux points de suture. On mit le malade au lit en lui recommandant le repos absolu.

Le 11 mai on lui permit de se lever, puis un peu plus tard de marcher. Le 20 mai, les varices étaient toujours dans le même état favorable; il ne restait plus au niveau du genou qu'une petite dureté du volume d'un pois.

Dans la suite de l'article, l'auteur déplore la production de l'hémorragie qu'il attribue à l'influence de l'éther. Il recommande pour l'éviter d'employer un bistouri boutonné. L'âge du malade et le manque de temps pour contrôler le résultat éloigné de l'opération peuvent être objectés, mais l'effet de cette intervention est tellement immédiat que l'auteur ne peut s'empêcher de la recommander aux chirurgiens.

P.-S. — *Nous devons cette communication à l'obligeance de M. le Dr Robinson.*

Observations communiquées
par M. Kendirdjy, chef de clinique

OBSERVATION I

26 avril 1910. — B... Édouard, âgé de trente-trois ans, exerçant la profession de garçon épicier.

A droite la saphène est manifestement insuffisante, depuis le triangle de Scarpa jusqu'au tiers inférieur de la jambe. Lorsque le malade est couché, la veine s'affaisse mais son trajet reste marqué par une pigmentation très nette de la peau. Dans la station debout, le calibre de la saphène (portion crurale) atteint presque celui du petit doigt.

Opération sous anesthésie locale le 26 avril 1910.

Double ligature et section de quatre veines affluentes dont une profonde.

Dans mon registre d'opération, je trouve noté à la date du 16 mai : « Le malade se lève et marche ; on ne voit plus sa veine saphène. » A sa sortie de l'hôpital, la situation n'a pas changé.

OBSERVATION II

F... Alphonse, âgé de cinquante-neuf ans, exerçant la profession de menuisier.

Ce malade porte des deux côtés des paquets variqueux siégeant sur le trajet des saphènes internes et des cicatrices d'ulcères. Le malade raconte avoir subi, il y a plusieurs années, à l'hôpital Lariboisière (dans le service du professeur Berger) la résection du segment jambier de la saphène droite.

On voit, en effet, une cicatrice étalée et luisante vestige de cette ablation.

7 mai 1910. — J'interviens du côté gauche, et, sous anesthésie locale, je pratique l'extirpation d'un gros paquet variqueux jambier, recouvert d'une peau pigmentée et ayant été le siège d'un ulcère.

10 mai 1910. — J'interviens à droite. Mise à nu de la saphène avec sa crosse. Dès que les veines affluentes, au nombre de six, ont été liées et sectionnées, on voit la crosse et la partie sous-jacente de la veine jusque-là turgescents, s'affaisser. Toutes les affluentes sont variqueuses, leurs parois sont sclérosées et épaissies, et elles restent béantes après la coupe.

Le malade sort le 2 juin guéri. Trois ou quatre semaines après, se trouvant en état d'ébriété, il est ramené dans le service où il reste deux jours. J'en profite pour examiner ses saphènes. A gauche, où je m'étais contenté d'enlever un paquet variqueux, y compris le segment correspondant de la saphène, immédiatement sous-jacent, au genou, la même saphène, entre le genou et l'aîne resté dilatée. Les valvules sont manifestement insuffisantes. A droite, au contraire, les varices ont presque disparu, et le malade se sent mieux de ce côté que de l'autre.

OBSERVATION III

C... Alcide, soixante-sept ans, sans profession, entre à l'Hôtel-Dieu le 1^{er} juin 1910, pour varices du membre inférieur gauche, avec ulcère à siège classique.

Le malade a subi, il y a neuf ans, dans ce même service de l'Hôtel-Dieu, une double opération nécessitée par un ulcère variqueux ayant le même emplacement que l'ulcère actuel.

Si j'en juge par les cicatrices, je crois qu'on lui a fait : 1^o une opération de Mariani (incision circonférencielle de la jambe à la jarretière) ; 2^o une ligature de la veine saphène interne au-dessous de son embouchure. Le malade a bénéficié pendant plusieurs années de cette double opération, puis son ulcère a récidivé, il y a déjà quelques mois.

3 juin 1910. — *Opération*. — Mise à nu de la saphène et de sa crosse, toutes les deux volumineuses et turgescents. J'ai fait porter mon incision en plein dans la cicatrice de la première opération, et cela m'a permis de constater que cette opération (qui a dû consister au moins dans une simple ligature du tronc de la saphène) n'a pas empêché, à une époque plus ou moins éloignée de l'intervention, le rétablissement de la perméabilité de la veine. Cette constatation confirme, en passant, l'inefficacité de la ligature simple.

Mise à nu, double ligature et section de trois veines affluentes. Affaissement de la crosse.

OBSERVATION IV

R... François, âgé de cinquante-trois ans, exerçant la profession d'homme de peine, est entré à l'Hôtel-Dieu le 13 juin 1910, pour deux ulcères variqueux siégeant sur la face interne de la jambe gauche. Sur la face interne du genou et s'étendant à une certaine hauteur sur la cuisse, on trouve un paquet de thrombo-phlébite de la saphène avec un petit abcès sous-cutané et lymphangite du voisinage.

Dans l'aîne de gros ganglions douloureux, avec péri-adénite. Fièvre et état saburral.

L'abcès est incisé : Sous l'influence d'un traitement appro-

prié et du repos au lit, la masse thrombo-phlébitique diminue, mais ne disparaît pas complètement. Le 10 juillet, sous une peau ayant repris son caractère normal, on sent un assez gros cordon qui n'est autre que la saphène malade en partie au moins oblitérée. Dans l'aîne, la péri-adénite a disparu ; les ganglions sont volumineux, durs, insensibles à la pression. Quant aux ulcères, ils ont évidemment meilleur aspect que le jour de l'entrée du malade, mais les progrès de la cicatrisation ne sont pas très rapides. Il est juste d'ajouter que le malade les avait portés depuis quatre ans sans jamais s'être soumis à un traitement convenable.

13 juillet 1910. — *Opération.* — Ablation des ganglions du triangle de Scarpa. Mise à nu de la crosse de la saphène, double ligature et section de cinq veines affluentes.

5 août. — Le malade quitte le service pour aller à Vincennes. Ses ulcères ont presque complètement disparu. Il a été revu le 28 août en excellent état.

Note. — Le 6 octobre nous nous sommes rendus au domicile de ce malade pour avoir de ses nouvelles. Ne l'ayant pas vu nous nous sommes enquis de sa santé. Il nous a été répondu qu'il marchait maintenant très bien et que lors de son entrée à l'hôpital il devait s'appuyer sur le bras d'une personne. Il cherche maintenant une place dans une salle de ventes.

OBSERVATION V

G... Louis, cinquante-quatre ans, journalier, entre à l'Hôtel-Dieu, le 18 juillet 1910, pour des ulcères siégeant sur sa jambe gauche depuis trois mois. Les varices datent de

l'âge de vingt ans. La veille de son entrée, le malade a présenté une hémorragie due à une rupture de varice à la périphérie de l'ulcère.

22 juillet 1910. — *Opération*. — Mise à nu de la crosse de la saphène qui est bosselée et énorme. Double ligature et section de six veines affluentes. L'une d'elles, grosse de 3 à 4 millimètres, monte en dedans de la saphène et presque parallèlement à elle : c'est une saphène accessoire.

30 juillet. — Les fils sont enlevés. Les ulcères sont à peu près guéris. Le 5 août, le malade s'en va à Vincennes.

OBSERVATION VI (Opération bilatérale.)

L... Aimé, vingt-quatre ans, licencié ès sciences, entre le 9 août 1910, pour des paquets variqueux qu'il porte aux deux jambes, et qui sont plus accusés à gauche.

10 août 1910. — *Première opération* (côté gauche). — Double ligature et section de quatre veines affluentes, une supérieure volumineuse, deux honteuses superficielles, et une grosse honteuse profonde. La veine supérieure était, en réalité, le gros tronc collecteur de trois veines descendantes, la moyenne verticale, les deux autres obliques et convergentes.

11 août 1910. — *Deuxième opération* (côté droit). — Double ligature et section de quatre veines affluentes, dont une grosse et béante à la coupe, descendant, légèrement oblique en dedans, de la paroi abdominale.

OBSERVATION VII

L... Charles, cinquante ans, journalier, entre le 1^{er} août 1910 pour une fracture de Dupuytren du côté droit. Le lendemain application d'un appareil plâtré.

Le malade est porteur, en outre, de grosses varices du côté gauche, avec un petit ulcère siégeant au milieu d'une zone pigmentée et squameuse étendue à presque toute la face interne de la jambe. Les varices ont débuté à l'âge de dix-sept ans. Elles sont le point de départ de douleurs qui s'exagèrent à la fin de la journée et qui occasionnent parfois de la claudication. Les premiers ulcères ont fait leur apparition vers l'âge de dix-neuf ans, et ont vite guéri. Dix ans plus tard récidive. L'ulcère actuel remonte à deux ans.

16 août 1910. — *Opération.* — Double ligature et section de quatre veines affluentes. Par suite du peu d'étendue du champ de l'anesthésie locale de nombreux ganglions sont laissés dans le triangle de Scarpa, parmi lesquels le ganglion dont le bord interne se trouve juste au niveau de la crosse de la saphène.

Les résultats immédiats de cette opération si simple sont des plus satisfaisants. L'affaissement des paquets variqueux se manifeste tout de suite après la ligature des veines affluentes de la crosse. La cicatrisation des ulcères se fait aussi beaucoup plus rapidement que ne le permettent, en général, le simple repos au lit et les topiques. C'est là la preuve d'une action bienfaisante des ligatures multiples sur la vitalité des tissus du membre.

Un peu plus tard dès que le malade a recommencé à marcher, et surtout à travailler — et ce travail se fait presque toujours dans la station verticale — on voit réapparaître quelques dilatations veineuses. Puis au bout de six semaines à deux mois, parfois un peu plus tard, tout rentre lentement dans l'ordre, les varices s'effacent, les ulcères restent guéris et le malade cesse de souffrir. Cette oscillation dans les résultats s'explique par ce fait que les veines, malades et dilatées au moment de l'opération, ne peuvent redevenir

normales du jour au lendemain. Ce n'est que peu à peu que grâce à la suppression de l'obstacle anatomique, elles recouvrent leur fonctionnement régulier. Ainsi se trouve confirmée par les faits la théorie de M. Robinson, et c'est l'idée qu'il a voulu exprimer dans sa communication à l'Académie des Sciences lorsqu'il a dit : « La récurrence, dans les procédés de suppression veineux, est la règle ; elle ne peut être qu'exceptionnelle dans la méthode de restitution.

Observations de M. Jacoulet

OBSERVATION I

R... Germain, quarante-quatre ans, 13, rue des Jeûneurs.
Profession, garçon de café.

Entre le 5 avril 1910 dans le service de M. le Dr Guinard, à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Côme.

Ce malade présente une hydrocèle gauche et des varices volumineuses des membres inférieurs.

Rien d'intéressant à noter dans les antécédents du malade, sinon syphilis à l'âge de trente-deux ans.

Relativement à ses varices, le malade dit que depuis son enfance il a toujours eu les veines du membre inférieur volumineuses, mais il n'est gêné que depuis une huitaine d'années. Depuis huit ans il porte des bas à varices qui l'ont soulagé momentanément.

Depuis deux ou trois ans, par suite de son pénible métier de garçon de café qui l'oblige à des stations debout prolongées, les phénomènes douloureux, qui consistent en four-

millements, crampes dans les membres inférieurs, ont augmenté d'intensité en particulier au niveau du membre inférieur gauche.

Depuis le mois d'octobre dernier les membres inférieurs, en particulier le gauche sont très oedématiés dans toutes leur hauteur, mais l'œdème est surtout accentué au niveau des malléoles et du tiers inférieur de la jambe.

Sur tout le trajet des saphènes internes, on note des dilatations variqueuses volumineuses.

Il n'y a pas de troubles trophiques, sauf une pigmentation jaunâtre de l'extrémité inférieure de la jambe et du pied droit.

9 avril 1910. — *Opération.* — Anesthésie générale. On fait la cure de l'hydrocèle par retournement de la vaginale.

Puis on pratique l'opération de Robinson.

A droite, les affluents de la crosse de la saphène sont très volumineuses; on les dénude à la sonde cannelée et on sectionne entre deux ligatures chaque pédicule veineux; on lie donc successivement la veine sous-cutanée abdominale, la circonflexe iliaque superficielle, les deux veines honteuses externes.

Surjet au catgut sur le tissu cellulo-adipeux.

Agrafes sur la peau.

A gauche la disposition des pédicules veineux est la même. Même intervention.

Aussitôt après l'opération, on note un affaissement des plus nets des dilatations variqueuses.

Suites opératoires. — Normales, malgré une suppuration légère de la partie inférieure de la ligne de suture.

Le malade sort le onzième jour. Il est revenu en juillet à l'occasion d'une fracture du cubitus.

Au point de vue fonctionnel le résultat de l'opération

semble bon. Le malade peut exercer son métier de garçon de café sans ressentir aucune douleur; il dit n'avoir plus d'œdème des jambes.

En somme il est très content de son état.

Localement, il existe encore des dilatations variqueuses, mais bien moins volumineuses qu'au moment de l'opération. Pas d'œdème malléolaire. Ajoutons que l'intéressé exerce sa profession en ce moment à l'exposition de Bruxelles. Ceci implique naturellement une très grande fatigue.

OBSERVATION II

M..., âgé de quarante-neuf ans, exerçant la profession de charretier.

Malade atteint depuis très longtemps de varices.

Il a été de ce fait réformé au service militaire.

C'est un buveur ainsi qu'il le déclare lui-même, mais on ne relève rien de particulier dans ses antécédents.

Au début le malade présente tous les signes fonctionnels des varices : fourmillements, crampes, douleurs assez vives au niveau du mollet. En même temps est apparu le soir un léger œdème péri-malléolaire qui cède au repos. Le malade a continué son travail sans que ces phénomènes augmentent sensiblement, sans que les douleurs soient très vives. Il faut noter cependant qu'à deux reprises, le malade a eu une ulcération à la jambe gauche, et que depuis trois mois un ulcère est apparu à la jambe droite. Les deux premiers ont guéri normalement. Le dernier est en pleine évolution.

A l'examen le malade présente des varicosités sous forme de cordons flexueux arrondis, principalement accentués au niveau des jambes, avec, par places, des petites taches ecchymotiques.

Jambe gauche. — Dilatation ampullaire assez marquée au-dessous du creux poplité. Induration peu marquée (mais le malade est au repos depuis trois semaines environ). Par places on sent de petits noyaux variqueux souples, réductibles.

Sur ce membre, deux cicatrices résultant des deux ulcères qu'a eus le malade.

Jambe droite. — Les varicosités paraissent beaucoup plus considérables.

D'abord à la face interne du genou gros paquet variqueux légèrement induré.

Le long de la saphène l'induration est plus marquée qu'à gauche.

Au niveau de la face interne du tibia, au tiers inférieur on voit une petite ulcération allongée suivant l'axe du membre. Les bords en sont réguliers, non déchiquetés, à fonds bourgeonnant de 4 centimètres de long sur 2 cm. 5 de large.

Aux cuisses les varices semblent peu accentuées.

Paquet variqueux réductible, souple au niveau du pli de l'aîne. A droite induration légère le long de la saphène du même côté.

Les signes fonctionnels sont les mêmes qu'au début.

Il faut ajouter que le malade présente des déformations unguéales très nettes, mais on retrouve les mêmes aux membres supérieurs.

Enfin la sécrétion sudorale est notablement augmentée aux membres inférieurs, et à la palpation les extrémités sont sensiblement refroidies.

En somme, actuellement le malade présente : une fatigue très considérable après la marche, de l'engourdissement, des crampes dans les mollets, de l'œdème péri-malléolaire le soir et quelques troubles trophiques, notamment une exagé-

ration de la sécrétion sudorale. Enfin un petit ulcère variqueux dont le début remonte à trois mois.

17 septembre 1910. — L'opération a été pratiquée par M. Jacoulet. Anesthésie générale. On tombe de suite sur la crosse de la saphène. Ligature des pédicules y aboutissant, ceux-ci sont considérablement augmentés de volume, surtout le pédicule externe. A la section le sang jaillit avec force, de plus les vaisseaux ont la même apparence que les artères, leur paroi est épaissie.

Suites opératoires. — Deux jours après l'opération, les paquets variqueux ont notablement diminué.

On apprécie mieux le trajet de la saphène qui contient par places des phlébolithes.

A son départ pour Vincennes le 3 octobre le malade est très satisfait.

OBSERVATION III

Le nommé G..., âgé de cinquante ans, entre le 13 septembre à l'hôpital Saint-Louis, salle Nélaton, pour varices et ulcères variqueux.

Cet homme ne se souvient pas du début de son affection.

Il a été réformé pour varices et varicocèle, et versé dans les services auxiliaires.

Il se plaint de crampes, d'engourdissements, de fourmillements, de douleurs dans les membres inférieurs.

Ces phénomènes douloureux sont surtout violents le soir et le gênent beaucoup pour exercer son métier de menuisier.

Examen. — A l'examen du malade on constate à droite sur tout le trajet de la saphène interne des paquets vari-

queux, flexueux, contournés, présentant par endroits des indurations.

On constate de plus à l'union du tiers moyen et du tiers inférieur de la jambe, sur la face antérieure, une ulcération dont le bord interne correspond à la crête tibiale. Son diamètre est à peu près celui d'une pièce de 1 franc. Elle est ovalaire à grand axe dirigé en haut et en dedans. Le pourtour est régulier, les lèvres taillées à pic, le fond rougeâtre, peu bourgeonnant.

Tout autour on observe la présence d'une pigmentation foncée brunâtre, légèrement desquamante.

Le malade a des démangeaisons intenses à ce niveau.

Cet eczéma variqueux entoure complètement l'ulcération sur une longueur de 3 centimètres en dehors, en haut et en bas. Il s'étend en dedans beaucoup plus sur la face interne de la jambe.

A gauche nombreux paquets variqueux avec phlébolithes qui du reste sont facilement palpables par suite de la distension de la veine. De nombreuses taches brunâtres sont parsemées sur la face interne de cette jambe. Pas de trace d'ulcère.

17 septembre 1910. — *Opération.* — On lie au niveau de la crosse de la saphène interne 3 pédicules à gauche, 4 à droite.

Le surlendemain on constate un affaissement complet des paquets variqueux; les phlébolithes se sentent très nettement.

4 octobre. — Le malade part pour Vincennes. Il paraît très satisfait. On doit le revoir à son retour avec le précédent.

OBSERVATION IV

M^{me} B..., âgée de quarante-quatre ans, 6, rue Grange-aux-Belles, exerçant la profession de blanchisseuse (alcoolique), entre le 3 octobre à l'hôpital Saint-Louis, dans le service du D^r Rochard, pour des varices dont elle fait remonter le début à environ vingt-cinq ans. Celles-ci seraient apparues pendant une grossesse. Elles sont localisées : à droite dans le domaine de la saphène externe ; à gauche dans celui de la saphène interne qui occupe la jambe. En outre elle a de ce côté l'ulcère classique à 3 travers au-dessus de la malléole interne. Depuis trois mois la marche était devenue impossible. Elle avait de l'œdème péri-malléolaire, surtout à gauche, elle ressentait des douleurs particulièrement le soir. En outre les troisième et quatrième orteils sont œdématiés.

8 octobre. — On fait l'opération, sous l'anesthésie générale, par le procédé Robinson. On sectionne entre deux ligatures à droite et à gauche 4 pédicules veineux à chacune des crosses de saphènes.

11 octobre. — Les varices sont en partie affaissées, l'œdème est disparu.

La malade est toujours à l'hôpital.

Observations de M. le professeur agrégé Mauclair

OBSERVATION I

P... Louis, âgé de trente ans, exerçant la profession de doreur, 16, rue Dupin.

Le malade entre à l'hôpital le 9 juin. Il est porteur depuis son enfance de varices du membre inférieur avec varicocèle gauche. Il a en outre du même côté une adénite inguinale.

13 juin 1910. — Il est opéré sous anesthésie générale : 1° d'un abcès avec extirpation de ganglion ; 2° de ses varices par le procédé Robinson. On fait la section entre deux ligatures.

1° A gauche :

a) Des veines sous-cutanées abdominales ;

b) Des veines honteuses externes ;

2° A droite :

a) Des veines sous-cutanées abdominales ;

b) De la veine circonflexe iliaque superficielle ;

c) De la veine honteuse externe supérieure ;

d) De la veine saphène antérieure.

Revu fin de septembre, le malade va très bien.

OBSERVATION II

B... Charles, quarante-cinq ans.

Entré le 6 août, sorti le 6 septembre.

Ce malade est porteur de varices de la saphène

interne dont le début remonterait à dix ou quinze ans.

Pas de lésions des téguments, pas d'ulcère variqueux.

L'épreuve de Trendelenburg est positive.

La veine saphène interne est très volumineuse (de la grosseur du petit doigt).

Il est opéré selon la méthode Robinson : après asepsie on fait une incision verticale au niveau de la base du triangle de Scarpa. La saphène interne (sa crosse) est mise à nu et les affluents suivantes sont sectionnées entre deux ligatures :

- a) Une veine honteuse externe supérieure ;
- b) Veines sous-cutanées abdominales ;
- c) Veines circonflexes.

Tous ces vaisseaux sont très volumineux.

Note. — Nous savons, d'après ce qu'en a dit M. le professeur agrégé Maucclair au Congrès de chirurgie, qu'il a obtenu un bon résultat. Il est évident que c'est du premier qu'il s'agit, le second étant trop récent.

Observations de M. Couanet, interne à l'Hôpital Pasteur du Havre

OBSERVATION I

F... Alphonse, trente-cinq ans, profession de voilier (travail debout), entre le 21 juillet 1910 à l'hôpital Pasteur pour une hémarthrose qui est ponctionnée le lendemain.

La jambe gauche présente des ulcères variqueux : un directement au-dessus de la malléole péronière est large d'environ 4 travers de doigt.

Un autre à l'union du tiers inférieur et du tiers moyen du tibia de la largeur d'une pièce de 5 francs.

Un autre à 2 travers de doigt au-dessus de la mal-léole tibiale d'une largeur de 3 travers de doigt.

Le malade a ses ulcères depuis sept ans.

Il se fait faire des bottes tous les huit jours à l'Hôpital général du Havre. (Les bottes consistent en un pansement fait à l'aide de gaze et de tarlatane plongées dans une préparation faite selon une formule donnée par le Dr Leroy. C'est au Havre le traitement de toutes les plaies variqueuses, une thèse a été écrite à ce sujet.)

11 juin. — Ce malade a été opéré selon le procédé Robinson. Le 23 août deux ulcères sont cicatrisés, les autres sur le point de l'être. Les varices ont beaucoup diminué depuis l'opération.

* OBSERVATION II

L..., soixante-cinq ans, balayeur à la voirie municipale, entre le 16 août 1910 à l'hôpital Pasteur.

Il était autrefois tailleur de pierre. Il travaille debout. Il a des varices contractées en 1870 à la suite de marches forcées. Depuis quinze ans, il a des ulcères. Le premier est survenu à la suite d'un traumatisme à la face interne de la jambe. Le malade s'est fait mettre la botte du Dr Leroy (citée plus haut), puis des pansements à la consultation de l'hôpital. Il y a trois mois environ il est entré dans le service du Dr Engelbach pour un ulcère de la jambe gauche, s'étendant à la face interne de la jambe sur une hauteur de 3 centimètres environ. La plaie suppure, guérit néanmoins sauf sur une étendue de 4 centimètres environ. Il y a quelque temps

nous voyons le malade à la consultation et nous lui conseillons de se faire opérer, ce qu'il accepte.

17 août. — L'opération se fait à l'anesthésie locale. Nous mettons à nu la crosse de la saphène à l'anneau d'Hallans Burns.

Nous sectionnons entre deux ligatures les deux seuls vaisseaux afférents que nous rencontrons : une honteuse interne et une sous-cutanée abdominale.

Actuellement (28 août) les varices sont un peu moins grosses et l'ulcère paraît en bonne voie de guérison. En un mot il y a une amélioration sensible.

Observations de M. Berthier

OBSERVATION I

Le nommé G..., 20, rue Ciriale, âgé de cinquante-huit ans, exerçant la profession de charretier (alcoolique avéré).

Dans ses antécédents nous notons qu'il est entré à Saint-Louis le 9 avril pour se faire soigner un ulcère variqueux. Atteint à ce moment d'une phlébite il reste trente-neuf jours en gouttière. On l'opère le 20 mai d'une hernie et le 24 juin il part à Vincennes.

Il travaille vingt-huit jours et le 7 août ses varices le faisant souffrir il revient à l'hôpital Saint-Louis.

Début. — Il ne peut guère le préciser et fait remonter l'origine de ses varices à quinze ans environ. Il porte depuis un bas. Les varices paraissent avoir débuté dans le domaine de la saphène interne de la jambe droite. Du même côté il a un ulcère situé à 4 travers de doigt au-dessus de la

malléole interne. Il est rentré à l'hôpital parce que ses varices le font souffrir. Il compare ses douleurs à un poids, il avait en outre de l'œdème des malléoles et du pied qui l'empêchait de mettre sa chaussure. A l'examen on constate des paquets variqueux énormes à la face interne de la jambe. Entré le 7 août à la salle Lory il passe le 6 septembre à la salle Cloquet.

6 septembre. — *Opération.* — Selon le procédé Robinson le 13 on le redescend à la salle Lory.

Nous avons revu le malade le 10 octobre. Il nous déclare que son état n'a pas changé, cependant il reconnaît qu'il ne souffre plus. A l'examen nous constatons que les cordons variqueux sont toujours très-gros, l'ulcère serait amélioré.

Nous ne sommes pas autrement étonné du résultat incomplet, *le malade ayant eu une phlébite.*

Il est cependant à noter que les souffrances ont disparu, ce qui tendrait à prouver que même dans ces cas il y aurait une amélioration. D'autre part nous devons ajouter que nous avons trouvé le malade allant et venant. En outre notre malade est un pilier d'hôpital.

OBSERVATION II

Bien que nous n'ayons pu prendre un mot sur un malade qui nous a été signalé par M. Berthier nous devons signaler ce qui nous a été dit.

Un malade qu'il aurait opéré par le procédé Robinson devrait, en présence d'un insuccès, revenir se faire extirper la saphène selon le procédé de M. le Dr Alglave. Nous aurions été heureux de voir si cet insuccès n'était pas dû à une contre-indication comme dans le cas précédent.

RÉSULTATS OPÉRATOIRES

Par ce qui précède nous voyons que les résultats immédiats sont bons. Déjà au cours de l'opération on voit la crosse de la saphène s'affaisser aussitôt après la section des veines affluentes, puis pendant la convalescence les paquets variqueux fondent, laissant une certaine dureté des veines atteintes. Les douleurs et l'œdème disparaissent et ceci n'est pas comparable à l'amélioration passagère que donne le repos au lit.

Dans les premiers jours de marche qui suivent la sortie de l'hôpital les malades viennent souvent se plaindre de la réapparition de leurs varices, puis peu à peu celles-ci disparaissent. On comprend facilement ce phénomène, car la veine distendue ne revient que très lentement (six semaines environ) à son état normal.

Pour ce qui est des résultats éloignés nous n'en possédons encore que trois et concédons facilement que l'on ne peut tirer de conclusions fermes que sur un très grand nombre.

Le premier opéré par M. Jacoulet date de six mois. Nous l'avons revu récemment. C'est un alcoolique (garçon de café) qui n'est pas précisément enclin à l'optimisme. Il a pu reprendre son pénible métier de garçon de café qu'il avait été contraint d'abandonner. Quand j'aurai ajouté qu'il travaille

actuellement dans les établissements de l'Exposition de Bruxelles on jugera facilement du degré de guérison.

Le second est celui que M. Kendirdjy revit accidentellement dans le service de M. le professeur Reclus ainsi qu'il le relate dans son observation II. Comme on a pu le voir il s'agit encore ici d'un alcoolique. Opéré d'un seul côté le 10 mai à droite par le procédé Robinson et à gauche par extirpation, M. Kendirdjy a constaté qu'à gauche la veine était restée dilatée et qu'au contraire à droite les varices étaient presque disparues.

Le troisième est celui que M. Mauelaira a signalé au dernier Congrès de chirurgie.

Nous avons pu, en outre, avoir des nouvelles du nommée R..., cinquante-trois ans (Obs. IV de M. Kendirdjy). Bien que nous n'ayons pu voir ce malade on nous a fait à son sujet la déclaration suivante :

Il va évidemment mieux, puisque lors de son entrée à l'Hôtel-Dieu il marchait appuyé au bras d'une personne. Aujourd'hui il travaille dans une salle de vente.

Nous avons fait d'autres recherches, mais on sait les difficultés qu'il y a pour retrouver les malades sortis de l'hôpital.

De sorte que si la quantité des constatations nous manque et nous oblige à une certaine réserve, la qualité nous autorise à en tirer des plus heureux

présages puisque ces résultats ont été obtenus sur des alcooliques.

Nous devons aussi signaler l'insuccès obtenu par M. Berthier (obs. II). Mais ici nous ne sommes pas très bien renseigné. Dans son observation I il y avait une phlébite dans les antécédents.

Dans l'observation II n'y avait-il pas aussi une contre-indication ?

Voyons maintenant à quel prix ont été obtenus ces résultats. Reportons-nous pour cela à la technique opératoire, en quoi consiste cette opération ?

1° En une incision de 10 centimètres intéressant à peine les plans profonds ;

2 Elle se fait à l'anesthésie locale, c'est-à-dire qu'elle est à la portée du praticien le plus modeste ;

3° Elle est plus esthétique que toutes les autres puisqu'elle évite ces cicatrices disgracieuses que produit l'extirpation totale ou étagée. (Nous exceptons le procédé de M. le professeur Delbet.)

Et les autres procédés rachètent-ils leurs inconvénients par des résultats meilleurs ?

Incontestablement il y en a de bons, nous n'en voulons pour preuve que des malades de M. Alglave que nous avons pu examiner à l'hôpital Saint-Louis.

Mais nous ne prétendons pas que le procédé Robinson soit le plus radical.

Cependant nous trouvons dans des ouvrages classiques de maîtres autorisés. (P. Lecène, Proust, L. Tixier, t. I, p. 416) des phrases comme celles-ci :

« On peut faire aussi la résection de toute la saphène (Terrier, Alglave) sous le couvert de l'asepsie. Ces extirpations étendues qui paraissent formidables, sont complètement innocentes, mais sont-elles efficaces? et ces auteurs ajoutent : c'est une autre question. Actuellement, il est bien difficile de se prononcer et les cas de récidives sont indiscutablement assez nombreux. » Voilà donc une affaire jugée ; il y a des récidives assez nombreuses, restent les grands délabrements formidables. Eh bien nous disons : dans le procédé Robinson il y aura, peut-être, autant de récidives mais pas de délabrements formidables. Nous croyons en outre que le patient (surtout si c'est une femme) s'il avait voix au chapitre opérerait pour cette opération si simple et sans délabrement. C'est pourquoi nous avons bien le droit de demander que l'on commence par elle.

Pour ce qui est des ligatures étagées (Schwartz Trendelenburg) nous avons eu précisément la confirmation du rétablissement de la perméabilité de la veine dans une observation de M. Kendirdjy.

Le nouveau procédé de M. le professeur Delbet (cité plus haut) consiste à aboucher la saphène dans la fémorale profonde sous une valvule suffisante.

Nous n'avons évidemment rien de ce qu'il faut pour juger un tel maître et il est certain que dans ses mains l'opération réussira ; mais nous parlons d'une opération à la portée de nous, simples praticiens, et nous pensons que rares sont ceux qui ne

ressentiraient pas une certaine inquiétude en faisant une opération aussi difficile que la sienne.

Et puis quand Verneuil a formulé les principes qui doivent amener l'intervention n'a-t-il pas laissé percer que ce n'était qu'un pis-aller !

Dans le traité de Le Dentu et Delbet ne voit-on pas que toutes ces opérations ne sont que palliatives ?

Eh bien ! à côté de ces opérations, comme résultats, celle de Robinson ne semble pas inférieure et elle a les avantages *d'être simple sans danger* et en cas de récurrence elle laisse après elle l'avantage de pouvoir recourir à une autre.

C'est pourquoi sans préjuger de ce que l'avenir nous apportera (et le passé nous laisse espérer beaucoup) nous avons le droit avec les résultats acquis de demander pour le procédé Robinson non pas la préférence sur les autres procédés mais la préséance, car il a à son actif :

- 1° Une théorie mécanique facilement vérifiable ;
 - 2° Des résultats immédiats incontestables ;
 - 3° Des résultats éloignés : quelques-uns et de qualité ;
 - 4° Sa simplicité opératoire et son innocuité ;
 - 5° Son respect de l'esthétique ;
 - 6° La possibilité de faire d'autres opérations en cas d'insuccès.
-

CONCLUSIONS

Parmi les procédés de cure radicale de varices, le procédé de R. Robinson nous paraît intéressant à plusieurs titres :

1° C'est une opération simple et sans danger, qui consiste en la section entre deux ligatures des veines affluentes de la crosse de la saphène interne. Elle a sur les autres l'avantage de se faire à l'anesthésie locale ;

2° Elle repose sur des conceptions physiologiques facilement vérifiables savoir : que la pression dans les veines affluentes de la crosse de la saphène vient se surajouter à la pression profonde provenant de la veine iliaque pour lutter contre celle de la saphène interne. Ce fait est vérifié :

A. — Par l'affaissement de la crosse de la saphène après la ligature desdites veines ;

B. — Par la constatation, à la suite d'une section veineuse, d'un jet artériel à rythme inspiratoire ;

C. — Par une vérification expérimentale : au cours d'une opération on fit pousser le malade et l'on constata un reflux considérable dans l'ampoule ter-

minale de la saphène. Après ligature le même effort ne produit plus cette dilatation ;

3° Cette opération est indiquée dans les cas de varices essentielles et doit être rejetée dans les autres cas : varices de la grossesse, des tumeurs, de la phlébite, etc. ;

4° Elle donne des résultats immédiats incontestablement bons ; quant aux résultats éloignés ils sont bons mais encore peu nombreux ;

5° Elle se recommande par la simplicité de sa technique ; par son respect de l'esthétique et parce qu'elle laisse en cas de récidiye la possibilité de recourir à d'autres opérations.

Vu : le Doyen
LANDOUZY

Vu : le Président de la thèse,
RECLUS

Vu et permis d'imprimer
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
LIARD

